

入院基本料等加算

入院基本料及び特定入院料には、それぞれの医療機関の機能等に応じて算定可能な各種加算が設定されています。これを「入院基本料等加算」と言います。

今回の改定では、**退院支援加算が「入退院支援加算」**として再編されたほか、**個別栄養食事管理加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策地域連携加算、抗菌薬適正使用支援加算、提出データ評価加算**などが新設されています。

総合入院体制加算 **改** **届** (1日につき)

総合入院体制加算1	240点
総合入院体制加算2	180点
総合入院体制加算3	120点

急性期病院の入院医療体制を総合的に評価した加算で、実績要件などによって3区分されています。14日を限度に算定できます。

今回の改定では点数に変更はありませんが、施設基準の一つである「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制**」の対象が「**医療従事者全体**」に拡大されたうえで、**取り組みの内容が見直されています**。また、新たな施設基準として、「**同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと**」との要件が加わりました（2018年3月末時点での届出医療機関で、すでにこれらの施設を設置している場合は、当該施設を維持できる）。

【医療従事者の負担軽減等に関する主な施設基準】

病院の**医療従事者**の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備している。

- ア) **医療従事者**の負担の軽減及び処遇の改善に関し、病院に勤務する**医療従事者**の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置。
- イ) 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（**当該医療機関における安全衛生委員会等、既存の委員会を活用して差し支えない**）を設置し、「**医療従事者**の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する。委員会等は、計画の達成状況の評価を行う際など、必要に応じて開催。

ウ) この計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた**医療従事者**の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ) この計画には次の項目のうち2項目以上を含む。

- ①外来診療時間の短縮、地域の他医療機関との連携などの外来縮小の取り組み（許可病床400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと）
- ②院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）
- ③医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

オ) **医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を医療機関内に掲示する等の方法で公開。**

※2018年3月末時点での届出医療機関は、2019年3月末までの間、医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る要件を満たしているものとする。

医師事務作業補助体制加算 **改** **届**

病院における医師の事務作業負担を軽減する観点から、専従の事務作業補助者の配置を評価している加算です。病床数に対する事務作業補助者の割合によって、次のように点数が8区分されています。

「1」は「**医師事務作業補助者が勤務時間数の8割以上を病棟や外来で業務している場合**」、**「2」はそれ以外**です。今回の改定では、**いずれの区分も点数が引き上げ**られています。

	1 (入院初日)	2 (入院初日)
15対1	920点	860点
20対1	708点	660点
25対1	580点	540点
30対1	495点	460点
40対1	405点	380点
50対1	325点	305点
75対1	245点	230点
100対1	198点	188点

また、施設基準となる「**病院勤務医の負担の軽減等の体制**」は、総合入院体制加算の基準が医療従事者全体を対象にした内容に見直されたことに伴い、**医師事務作業補助体制加算の施設基準についても一部見直し**が実施されています。

【病院勤務医の負担軽減等の基準（主な見直し部分抜粋）】

- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には、次のうち②から⑦の2項目以上を含む（①は必須）。
 - ①医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）
 - ②勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ③前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
 - ④予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
 - ⑤当直翌日の業務内容に対する配慮
 - ⑥交替勤務制・複数主治医制の実施
 - ⑦育児・介護休業法による短時間正規雇用医師の活用
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を医療機関内に掲示する等の方法で公開する。

緩和ケア診療加算 **改** **届**

390点（1日につき）

一般病床に入院する悪性腫瘍又は、後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、「緩和ケアチーム」による診療が行われた場合に算定できます（厚生労働大臣が定める地域〔医療資源の少ない地域等〕では施設基準が緩和されたうえで200点を算定可）。

今回の改定では、新たな対象疾患として「**末期心不全**」が追加されました。また、これまでは「緩和ケアチームのうち、医師のいずれか1人と看護師が専従」が要件でしたが、これが緩和され「**緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従。ただし、緩和ケアチームの診療患者数が1日15人以内の場合は、いずれも専従で差し支えない**」となりました。

加算としては、患者が15歳未満の場合の小児加算（100点）があり、今回の改定で**個別栄養食事管理加算**が**新設**されています。これらの加算は、所定点数にさらに加算する形で算定できます。

【緩和ケア診療加算の対象となる末期心不全】

- 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかに該当するものをいう。
 - ア) 心不全に対して適切な治療が実施されている。

- イ) 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法が必要な状態。
- ウ) 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上。
- エ) 左室駆出率が20%以下。
- オ) 医学的に終末期であると判断される状態。
- カ) エ又はオに掲げる状態に準ずる場合。

▶ 個別栄養食事管理加算 **新**

70点

緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定できます。

【主な施設基準】

- 緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加している。

精神科措置入院退院支援加算 **新**

600点（退院時1回）

措置入院患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下、都道府県等）と連携して退院に向けた支援を行った場合に算定できます。

【主な算定要件】

- 措置入院者に対して、入院中から都道府県等と連携して退院に向けた以下の全ての支援を実施した場合に算定する。
 - ア) 措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、患者の退院後の生活環境に関し、本人・家族等の相談支援を行う担当者を選任する。
 - イ) 都道府県等が作成する退院後支援計画が適切なものとなるよう、多職種で退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、都道府県等と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
 - ウ) 退院後支援計画を作成する都道府県等に協力し、患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を都道府県等へ提出する。

工) アからウまでに、精神障害者の退院後支援に関する指針に沿って実施する。

- 本加算の退院とは、自宅等へ移行することをいう。自宅等とは、患者、介護老人保健施設又は障害福祉サービス施設又は福祉ホームである。

がん拠点病院加算改 (入院初日)

がん診療連携拠点病院	500点
地域がん診療病院	300点
小児がん拠点病院	750点

がん診療連携拠点病院等における、他医療機関等から紹介されたがん患者への診療を評価した加算です。

今回の改定では点数等に変更はありませんでしたが、**ゲノム情報を用いたがん医療を提供する医療機関への加算が新設**されています。

▶ **がんゲノム医療中核拠点病院加算新**

250点

がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価した加算です。がん拠点病院加算にさらに加算する形で算定できます。

施設基準は「がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること」です。

医療安全対策加算改 (入院初日)

医療安全対策加算1	85点
医療安全対策加算2	30点

医療安全管理者の配置、医療安全状況の把握・分析、業務改善など、組織的な医療安全対策の実施を評価している加算です。今回の改定では**加算2の点数が引き下げ**られた一方で、「**医療安全対策地域連携加算**」が**新設**されています。

▶ **医療安全対策地域連携加算新**

医療安全対策地域連携加算1	50点
医療安全対策地域連携加算2	20点

医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っている場合に算定できます。加算1は医療安全対策加算1の届出医療機関が、加算2は医療安全対策加算2の届出医療機関が算定します。

【主な施設基準】

<医療安全対策地域連携加算1>

- ① 特定機能病院以外の医療機関である。
- ② 医療安全対策加算1の届出。
- ③ 医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修（別途規定、本誌では割愛）を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されている。
- ④ 医療安全対策加算1の届出医療機関及び医療安全対策加算2の届出医療機関それぞれについて、年1回程度医療安全対策に関して評価を実施。また、当該医療機関についても医療安全対策に関する評価を受けている。

<医療安全対策地域連携加算2>

- ① 特定機能病院以外の医療機関である。
- ② 医療安全対策加算2の届出を行っている。
- ③ 医療安全対策加算1の届出医療機関から年1回程度、医療安全対策に関する評価を受けている。

感染防止対策加算改 (入院初日)

感染防止対策加算1	390点
感染防止対策加算2	90点

感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止など、院内感染防止への組織的な取り組みを評価しています。今回の改定では**点数が引き下げ**られています。

加算として、感染防止対策加算1を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する「**感染防止対策地域連携加算**」(100点)があり、さらに今回の改定で「**抗菌薬適正使用支援加算**」が**新設**されています。

▶ **抗菌薬適正使用支援加算新** 100点

院内感染防止対策及び感染防止対策に関する他医療機関との連携を行った上で、さらに院内に「**抗菌薬適**

正使用支援チーム」を設置し、感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発、院内で使用可能な抗菌薬の見直しなど、抗菌薬の適正使用を推進している場合に、感染防止対策加算にさらに加算できます。

【主な施設基準】

- 感染防止対策地域連携加算の算定医療機関である。
- 以下からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織。
 - ア) 感染症の診療経験3年以上の専任常勤医師
 - イ) 感染管理の経験5年以上で、適切な研修を修了（別途規定、本誌では割愛）した専任の看護師
 - ウ) 病院の勤務経験3年以上の感染症診療にかかわる専任薬剤師
 - エ) 病院の勤務経験3年以上の微生物検査にかかわる専任臨床検査技師（アからエのうちいずれか1人は専従）
- 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行う。
 - ア) 感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック
 - イ) 微生物検査・臨床検査の利用の適正化
 - ウ) 抗菌薬適正使用に係る評価
 - エ) 抗菌薬適正使用の教育・啓発
 - オ) 院内で使用可能な抗菌薬の見直し
 - カ) 他医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受ける

Q&A

Q：医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できませんが、医療安全対策加算1又は2に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能ですか。

A：可能です。

Q：医療安全対策地域連携加算において連携する医療機関は、必ずしも近隣の医療機関でなくてもよいですか。

A：そのとおりです。ただし、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要です。

Q：抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染防止対策加算において規定される感染制御チームの構成員と兼任可能ですか。

A：兼任可能です。また、いずれかのチームの専従者については、抗菌薬適正使用支援加算チーム及び感染制御チームの業務（院内感染防止対策に掲げる業務を含む）のみ実施可能です。

後発医薬品使用体制加算 **改** **届** (入院初日)

- | | |
|-----------------|-----|
| 1（後発医薬品割合85%以上） | 45点 |
| 2（後発医薬品割合80%以上） | 40点 |
| 3（後発医薬品割合70%以上） | 35点 |
| 4（後発医薬品割合60%以上） | 22点 |

後発医薬品の品質、安全性等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている医療機関を評価した加算です。

医療用医薬品の規格単位数量ベースの割合（主な施設基準参照）に基づき、点数が設定されています。今回の改定では、**後発医薬品割合の基準が全体として引き上げられ**、さらにこれまでの**3区分から4区分の評価**となりました。また、**DPC 対象病棟に入院している患者についても算定が可能**になりました。

【主な施設基準】

- ① 病院では薬剤部門において、有床診療所では薬剤部門又は薬剤師が、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備。
- ② 当該医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、**加算1は85%以上、加算2は80%以上85%未満、加算3は70%以上80%未満、加算4は60%以上70%未満**である。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤（④に掲げる医薬品を除く）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上である。
- ④ 規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
 - 経腸成分栄養剤（エレンタール配合内用剤、エレンタールP 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF 配合経腸用液、ラコールNF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコールNF 配合経腸用半固形剤）
 - 特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」）
 - 生薬（薬効分類番号510）
 - 漢方製剤（薬効分類番号520）
 - その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）
- ⑤ 入院及び外来において後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示している。

データ提出加算 **改** **届** (入院中1回)

データ提出加算1

許可病床200床以上の病院	150点
許可病床200床未満の病院	200点

データ提出加算2

許可病床200床以上の病院	160点
許可病床200床未満の病院	210点

厚生労働省が毎年実施する「DPC 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む）」に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出していることを評価した加算です。加算1は入院患者のデータを提出した場合、加算2は入院患者と外来患者のデータを提出した場合です。

今回の改定では、**評価方法を見直すとともに、点数の引き上げ**が行われました。また、**提出データ評価加算が新設**されています。

▶ 提出データ評価加算 **新** 20点 (退院時)

作成するデータの質を評価する観点から、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関で、データ提出加算にさらに加算できます。ただし、対象となるのはデータ提出加算2の届出医療機関のみです。

【主な施設基準】

- データ提出加算2の届出。
- DPCデータの様式1及び外来EFファイル及び診療報酬明細書のそれぞれに記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名（レセプト電算処理用コード：0000999）の割合が全て10%未満である。
- 過去6カ月の間にデータ提出の遅延等がない。

入退院支援加算 **改** **届**

退院が困難な要因を持つ患者に対して、早期に住み慣れた地域で療養や生活が継続できるよう、施設間の連携を推進した上で、患者の入退院支援を行うことを評価した加算です。

今回の改定では、名称がこれまでの「退院支援加算」から「**入退院支援加算**」に改められるとともに、「**小児加算**」「**入院時支援加算**」が新設されています。

▶ 入退院支援加算1 (退院時1回)

一般病棟入院基本料等の場合	600点
療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

「退院困難な要因を有する入院患者で、在宅での療養を希望するものに入退院支援を行った場合」又は「連携する他の医療機関において当該加算を算定した患者の転院（1回の転院に限る）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合」のいずれかの場合に算定できます。

①入院後3日以内に退院困難患者を抽出、②一般病棟入院基本料等は入院後7日以内に、療養病棟入院基本料等は入院後14日以内に、患者・家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う、③入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手、④入院後7日以内に関係職種による共同カンファレンスを実施——などが要件となっています。

今回の改定では「退院が困難な理由」として、「**家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある**」「**生活困窮者である**」が追加されています。

【主な施設基準】

- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）が設置されている。
- 入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置。さらに、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されている。
- 専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象の各病棟に専任で配置されている（1人につき2病棟、計120床までに限る）。
- 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する医療機関、介護サービス事業者又は**指定特定相談支援事業者もしくは指定障害児相談支援事業者等**の数が20以上。また、②又は③の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し（**所定の要件を満たせばビデオ通話等でも可**）、情報の共有等を行っている。
- 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と、**相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料の算定患者に対する支援に限る）**が、下記のア、イ、ウの合計を上回る。
 - ア) 「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に0.15を乗じた数
 - イ) 「療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に0.1を乗じた数
 - ウ) 「小児入院医療管理料」の算定対象病床数に0.1を乗じた数

ウ)「一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(小児入院医療管理料の算定病床に限る)に0.05を乗じた数

⑥病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族からわかりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示している。

▶ 入退院支援加算2 (退院時1回)

一般病棟入院基本料等の場合 190点
療養病棟入院基本料等の場合 635点

退院困難な要因を有する入院患者で、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合に算定できます。退院困難患者の抽出と退院支援計画の作成着手は入院後7日以内に行うこととされていますが、患者・家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いや、関係職種による共同カンファレンスは「できるだけ早期に行う」こととされています。

なお、厚生労働大臣が定めた地域(医療資源の少ない地域等)では、一部の施設基準などが緩和された上で95点又は318点が算定できます。

【主な施設基準】

- ①入退院支援加算1の主な施設基準の①と②を満たす。
- ②有床診療所の場合は、入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置。

▶ 入退院支援加算3 (退院時1回) 1,200点

「新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者」又は「他の医療機関において当該加算を算定した患者の転院(1回の転院に限る)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合」のいずれかで算定できます。

①入院後7日以内に退院困難患者を抽出し、現在の病状や今後予想される状態等について家族等と話し合いを始める、②入院後1カ月以内に退院支援計画の作成に着手——などが要件となっています。

【主な施設基準】

- ①入退院支援加算1の主な施設基準の①を満たす。
- ②入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されている。専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事。

●地域連携診療計画加算^届 300点 (退院時1回)

地域連携診療計画(連携パス)を用いた他医療機関等への診療情報の提供及び情報共有などを評価した加算です。入退院支援加算に、さらに加算する形で算定します。

対象となるのは、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する医療機関や介護サービス事業所等で共有されている疾患の患者であって、「転院後・退院後に、連携する医療機関又は介護サービス事業所等において引き続き治療等が行われる患者」及び「転院前の医療機関において当該加算を算定した患者(1回の転院に限る)」となります。また、連携パスに沿って治療を行うことについて患者に説明・同意を得ている必要があります。

今回の改定では連携パスを共有する連携機関として、**指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者が加わっています。**

【主な施設基準】

- ①あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有されている。
- ②連携機関の職員と当該医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われている。
- ③入退院支援加算の届出。

●小児加算^新 200点

患者が15歳未満の場合、入退院支援加算1又は2にさらに加算できます。

●入院時支援加算 **新** 200点

入院予定の患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、入院前の外来において入院中の治療の説明や、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合に、入退院支援加算にさらに加算できます。

- イ) 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認
- カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク) 入院生活の説明

【主な算定要件】

- ・入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクを実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等により全て実施できない場合であってもア、イ、ク（イは患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。
 - ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

【主な施設基準】

- ・入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、入退院支援及び地域連携業務に十分な経験を有する専従の看護師が1名以上又は専任の看護師及び専任の社会福祉士が各1名以上（許可病床数200床未満の病院では、専任の看護師が1名以上で可）。
- ・転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、十分な地域連携体制が整備されている。

その他の入院基本料等加算

項目	点数	評価のポイント、主な算定要件、今回の改定における主な変更点等		
地域医療支援病院入院診療加算	1,000点（入院初日）	地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供等を評価。		
臨床研修病院入院診療加算	基幹型	40点（入院初日）		
	協力型	20点（入院初日）	臨床研修病院における研修実施を評価。基幹型病院と協力型病院で点数が2区分。	
救急医療管理加算	1	900点/日（7日限度）		
	2	300点/日（7日限度）	重症患者に対する救急医療を評価。「1」は意識障害、呼吸不全、急性薬物中毒等の重症患者、「2」はそれらに準じる重篤な状態の患者が対象。	
	乳幼児加算（6歳未満）	+400点/日（7日限度）		
小児加算（6歳以上15歳未満）	+200点/日（7日限度）			
超急性期脳卒中加算	12,000点（入院初日）	脳梗塞患者に対し、発症後4.5時間以内にt-PAを投与した場合。		
妊産婦緊急搬送入院加算	7,000点（入院初日）	緊急搬送された妊産婦を受け入れ、入院診療を行った場合を評価。		
在宅患者緊急入院診療加算	機能強化型の在宅支診・在宅病在宅療養後方支援病院	2,500点（入院初日）	在宅患者の急変時等に、診療所医師の要請に応じて患者を受け入れた場合を評価。機能強化型の在宅支診・在宅病等、連携医療機関、それ以外で点数が3区分。今回の改定では、 対象となる在宅療養後方支援病院が「許可病床400床以上」になるとともに、「特別の関係」の場合は算定不可の規定が削除された。	
	連携医療機関	2,000点（入院初日）		
	上記以外	1,000点（入院初日）		
診療録管理体制加算	1	100点（入院初日）	診療録管理部門の設置、専任の診療記録管理者の配置等の診療記録管理体制を評価。	
	2	30点（入院初日）		
急性期看護補助体制加算	25対1（5割以上）	210点/日（14日限度）	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の7対1、10対1）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）の病棟における看護補助者の配置を評価。今回の改定では 点数が引き上げられるとともに、「算定病棟は身体的拘束を最小化する取り組みを実施」することが要件に追加された。	
	25対1（5割未満）	190点/日（14日限度）		
	50対1	170点/日（14日限度）		
	75対1	130点/日（14日限度）		
	夜間30対1急性期看護補助体制加算	+90点/日（14日限度）		夜間に看護補助者を配置している場合、急性期看護補助体制加算にさらに加算。今回の改定では 点数が引き上げられた。
	夜間50対1急性期看護補助体制加算	+85点/日（14日限度）		
夜間100対1急性期看護補助体制加算	+70点/日（14日限度）			
夜間看護体制加算	+60点/日（14日限度）			
看護職員夜間配置加算	12対1配置加算	1	95点/日（14日限度）	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の7対1、10対1）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）の病棟における夜勤看護職員配置を評価。今回の改定では 点数の引き上げとともに、16対1に「2」（急性期一般入院料2～6が対象）が新設された。
		2	75点/日（14日限度）	
	16対1配置加算	1	55点/日（14日限度）	
		2	30点/日（14日限度）	

項目		点数	評価のポイント、主な算定要件、今回の改定における主な変更点等
乳幼児加算 (3歳未満)	病院	333点/日	3歳未満の乳幼児に加算。
	病院(特別入院基本料等)	289点/日	
	診療所	289点/日	
幼児加算 (3歳～6歳未満)	病院	283点/日	3歳以上6歳未満の幼児に加算。
	病院(特別入院基本料等)	239点/日	
	診療所	239点/日	
難病等特別入院 診療加算	難病患者等入院診療加算	250点/日	多発性硬化症、重症筋無力症等の難病患者が入院した場合。
	二類感染症患者 入院診療加算	250点/日	二類感染症患者、新型インフルエンザの患者等(それらの疑似症患者を含む)が第二種感染症指定医療機関に入院した場合。
特殊疾患入院施設管理加算		350点/日	重度障害者、筋ジストロフィー、難病患者等が概ね7割以上入院する病棟で算定。
超重症児(者) 入院診療加算	6歳未満	800点/日	超重症児(者)の場合は判定基準スコア25以上、準超重症児(者)の場合は同じく10以上が対象。自宅からの入院患者又は他医療機関から転院してきた患者で、特定集中治療室管理料の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定したことのある場合は、救急・在宅重症児(者)受入加算をさらに加算できる。
	6歳以上	400点/日	
救急・在宅重症児(者)受入加算	+200点/日(5日限度)		
準超重症児(者) 入院診療加算	6歳未満	200点/日	
	6歳以上	100点/日	
	救急・在宅重症児(者)受入加算	+200点/日(5日限度)	
看護配置加算		25点/日	看護師比率が40%以上と規定されている病棟で70%以上の看護師を配置した場合。今回の改定で 点数が引き上げ 。
看護補助加算	1	30対1	129点/日
	2	50対1	104点/日
	3	75対1	76点/日
	夜間75対1看護補助加算		+40点/日(20日限度)
夜間看護体制加算		+165点/日(入院初日)	
地域加算	1級地	18点/日	医療経費の地域差に配慮し、人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域ごとに点数を設定。
	2級地	15点/日	
	3級地	14点/日	
	4級地	11点/日	
	5級地	9点/日	
	6級地	5点/日	
7級地	3点/日		
離島加算		18点/日	離島振興法等により規定された離島にある医療機関で加算。
療養環境加算		25点/日	病床面積が1病床当たり8㎡以上等の基準を満たした場合に加算。
HIV感染者 療養環境特別加算	個室	350点/日	HIV感染者(抗体が陽性反応の場合)を個室又は2人部屋で療養した場合。
	2人部屋	150点/日	
二類感染症患者 療養環境特別加算	個室加算	300点/日	二類感染症や新型インフルエンザの患者(疑似症患者を含む)を個室や陰室で療養した場合。個室かつ陰室の場合は両加算を算定できる。
	陰室加算	200点/日	
重症者等 療養環境特別加算	個室	300点/日	病状が重篤で絶対安静が必要な患者や、重篤ではないが手術又は知的障害のため常時監視を要する患者を個室又は2人部屋で療養した場合。
	2人部屋	150点/日	
小児療養環境特別加算		300点/日	麻疹等に罹患した小児患者(15歳未満)を個室で療養した場合。
療養病棟療養環境加算	1	132点/日	病室の1床当たり面積、廊下幅等の基準を満たした場合に加算。「患者1人当たりの病床床面積16㎡以上」の基準のみを満たさない場合に「2」を算定。
	2	115点/日	
療養病棟療養環境改善加算	1	80点/日	廊下幅などの基準を満たしていない場合に算定。療養環境の改善計画を策定し、定期的に改善状況等を報告することが要件。
	2	20点/日	
診療所療養病床療養環境加算		100点/日	病室の1床当たり面積、廊下幅等の基準を満たした場合に加算。
診療所療養病床療養環境改善加算		35点/日	廊下幅などの基準を満たしていない場合に算定。療養環境の改善計画を策定し、定期的に改善状況等を報告することが要件。
無菌治療室管理加算	1	3,000点/日(90日限度)	白血病、再生不良性貧血等の患者に無菌治療室管理を行った場合に算定。「1」は個室であることや室内の空気清浄度がISOクラス6以上等、「2」は室内の空気清浄度がISOクラス7以上等が要件。
	2	2,000点/日(90日限度)	
放射線治療病室管理加算		2,500点/日	密封小線源、治療用放射性同位元素による治療を受けている悪性腫瘍患者を入院させる病室で、放射線に係る必要な管理を行った場合。
重症皮膚潰瘍管理加算		18点/日	重症皮膚潰瘍(Shea分類Ⅲ度以上)の患者に計画的な医学管理を行い、療養上必要な指導を行った場合。皮膚科、皮膚泌尿器科、形成外科のいずれかの標榜が必要。
有床診療所緩和ケア診療加算		150点/日	悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者に対し、医師、看護師が共同して緩和ケア診療を行った場合。今回の改定で、対象に 末期心不全の患者が追加 。
精神科措置入院診療加算		2,500点(入院初日)	精神保健福祉法に規定された措置入院又は 緊急措置入院患者 が対象。
精神科応急入院施設管理加算		2,500点(入院初日)	精神保健福祉法の規定により都道府県知事が指定した精神科病院における応急入院患者等が対象。

項目		点数	評価のポイント、主な算定要件、今回の改定における主な変更点等
精神科隔離室管理加算		220点/日(月7日限り)	精神科標榜病院で、精神保健福祉法に基づいて隔離を行った場合。
精神科病棟入院時医学管理加算		5点/日	医療法で定められた人員以上の医師配置及び精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設が対象。
精神科地域移行実施加算		20点/日	入院期間5年超の患者への退院調整を評価。地域移行推進室の設置、専従の精神保健福祉士の配置等が要件。
精神科身体合併症管理加算	1 7日以内	450点/日	精神科標榜の医療機関において、厚生労働大臣が定めた身体合併症を併発した精神疾患患者に対し、精神科医と内科医又は外科医が協力し、治療を行った場合を評価。
	2 8日以上10日以内	225点/日	
精神科リエゾンチーム加算		300点(週1回)	一般病棟に入院するせん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者等に対し、精神科リエゾンチームが診療を行った場合。今回の改定により、人員配置要件のうち「臨床心理技術者」が「公認心理師」に変更。また、「病院勤務医の負担軽減等の体制整備」が要件から削除された。
強度行動障害入院医療管理加算		300点/日	強度行動障害児(者)に対する、専門的入院医療を評価。強度行動障害スコアが10以上及び医療度判定スコアが24以上の患者が対象。
重度アルコール依存症入院医療管理加算	30日以内	200点/日	それぞれの患者に、関係職種が集中的・多面的な専門的治療を計画的に行った場合を評価。今回の改定により、人員配置要件のうち「臨床心理技術者」が「公認心理師」に変更。また、週3日以上かつ所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせて常勤換算できるように、医師配置基準の要件を緩和。
	31日～60日以内	100点/日	
摂食障害入院医療管理加算	30日以内	200点/日	栄養サポートチームによる栄養管理を評価。厚生労働大臣が定めた地域(医療資源が少ない地域等)では、従事者の要件等が緩和された上で100点が算定可。チームに歯科医師が参加した場合は歯科医師連携加算が算定可。今回の改定では、 栄養サポートチームの専従者要件が緩和 され、チームが診察する患者数が1日15人以内の場合は、専任で差し支えない扱いとなった。また、「 病院勤務医の負担軽減等の体制整備 」が要件から削除された。
	31日～60日以内	100点/日	
栄養サポートチーム加算		200点(週1回)	栄養サポートチームによる栄養管理を評価。厚生労働大臣が定めた地域(医療資源が少ない地域等)では、従事者の要件等が緩和された上で100点が算定可。チームに歯科医師が参加した場合は歯科医師連携加算が算定可。今回の改定では、 栄養サポートチームの専従者要件が緩和 され、チームが診察する患者数が1日15人以内の場合は、専任で差し支えない扱いとなった。また、「 病院勤務医の負担軽減等の体制整備 」が要件から削除された。
歯科医師連携加算		+50点	
患者サポート体制充実加算		70点(入院初日)	相談窓口の設置や専任担当者の配置など、患者サポート体制の充実に取り組んでいる医療機関を評価。
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		500点(入院中1回)	褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合を評価。厚生労働大臣が定めた地域(医療資源が少ない地域等)では、従事者の要件等が緩和された上で250点が算定可能。今回の改定では、対象患者に「 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの 」が追加。
ハイリスク妊娠管理加算		1,200点/日	ハイリスクの妊娠患者、分娩患者に対する入院管理を評価。今回の改定では、ハイリスク分娩管理加算について、週3日以上かつ所定労働時間が週24時間以上の非常勤医師を2名以上組み合わせて常勤換算できるように、 医師配置基準の要件を緩和 。
ハイリスク分娩管理加算		3,200点/日	
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算		1,000点(退院時1回)	精神科救急医療機関と地域医療機関の連携体制に基づく、精神科救急搬送患者のスムーズな転院を評価。入院後60日以内に連携先医療機関に患者を転院させた救急医療機関側が紹介加算を、転院先の医療機関側が受入加算を算定。今回の改定では、「 特別の関係にある連携先でも算定が可能に 」。
精神科救急搬送患者地域連携受入加算		2,000点(入院初日)	65歳以上の患者(40歳以上65歳未満の特定疾病患者を含む)の病状安定後、早期に日常生活能力、認知機能等の総合的評価を行った場合を評価。
総合評価加算		100点(入院中1回)	呼吸ケアチームによる人工呼吸器の早期離脱のための診療を評価。今回の改定では、「 病院勤務医の負担軽減等の体制整備 」が要件から削除された。
呼吸ケアチーム加算		150点(週1回)	病棟に配置された専任薬剤師が、薬物療法の有効性や安全性の向上、医療従事者の負担軽減等のため業務(病棟薬剤業務)を行うことを評価。療養病棟、精神科病棟、特定機能病院(精神科病棟)の各入院基本料は入院から8週間を限度に算定。「2」の算定対象は救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかの算定患者。今回の改定では「 病院勤務医の負担軽減等の体制整備 」が要件から削除。
病棟薬剤業務実施加算	1	100点(週1回)	病棟に配置された専任薬剤師が、薬物療法の有効性や安全性の向上、医療従事者の負担軽減等のため業務(病棟薬剤業務)を行うことを評価。療養病棟、精神科病棟、特定機能病院(精神科病棟)の各入院基本料は入院から8週間を限度に算定。「2」の算定対象は救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかの算定患者。今回の改定では「 病院勤務医の負担軽減等の体制整備 」が要件から削除。
	2	80点/日	
認知症ケア加算	1	14日以内	150点/日
		15日以上	30点/日
	2	14日以内	30点/日
		15日以上	10点/日
精神疾患診療体制加算	1	1,000点(入院初日)	身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受け入れや、救急搬送された精神症状を伴う患者への診療を評価。「1」は、他医療機関の精神科病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために転院を受け入れた場合を評価しているが、今回の改定で「 特別の関係にある医療機関からの患者受け入れでも算定可能となった 」。「2」は、身体合併症を有する救急搬送患者を診察した場合に入院初日から3日以内に1回限り算定。
	2	330点(3日以内に1回)	
精神科急性期医師配置加算		500点/日	精神科の急性期病棟等における手厚い医師配置(入院患者比で16対1以上)を評価。
薬剤総合評価調整加算		250点(退院時1回)	入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対し、処方内容を総合的に評価・検討した結果、退院時に内服薬が2種類以上減少した場合に算定。